

CERTIFICAT MÉDICAL

De non contre-indication à la pratique du CYCLISME

A remplir par le coureur

Nom :

Prénom :

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Date de naissance :

Adresse : Téléphone :

Code postal : Mail :

Ville : Pays :

A remplir par le médecin

Je soussigné :

Docteur en médecine, atteste que l'examen médical pratiqué ce jour chez

M./Mme

n'a mis en évidence de contre-indication cliniquement apparente à la pratique du cyclisme.

Fait à, le

Valable 6 mois au départ de l'épreuve.

Cachet et signature du médecin

OBLIGATOIRE

Signature de l'intéressé

OBLIGATOIRE